



## Información médica del estudiante 2020 – 2021

Este formulario se debe actualizar y devolver a la escuela cada año escolar.

Por favor informe a su escuela sobre la salud y la atención médica de su hijo. Esta es una buena manera de mantener seguro a su hijo. La información es **CONFIDENCIAL** y será compartida sólo con el personal de CPS autorizado (la enfermera, el director, la persona designada o la secretaria).

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de identificación del estudiante \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

1. Por favor indique abajo el estado de salud de su hijo

*Mi hijo no tiene condiciones de salud.*

Mi hijo tiene condición(es) de salud. Por favor marque todo lo que aplique:

*Alergias (alimentarias u otras) – por favor especifique:* \_\_\_\_\_

*Asma* *Año diagnosticado:* \_\_\_\_\_

*Diabetes – por favor circule el tipo:* *Tipo 1*    *Tipo 2*    *Año diagnosticado:* \_\_\_\_\_

*Convulsiones/Epilepsia* *Año diagnosticado:* \_\_\_\_\_

*Anemia de células falciformes* *Año diagnosticado:* \_\_\_\_\_

*Otro:* \_\_\_\_\_ *Año diagnosticado:* \_\_\_\_\_

2. Mi hijo(a) tiene un médico de cabecera (primary doctor)

SÍ

NO

*En caso afirmativo, por favor provea el nombre y el número de teléfono del profesional médico:*

*Nombre:* \_\_\_\_\_ *Número de teléfono:* \_\_\_\_\_

*Doy permiso a que la enfermera escolar de mi hijo o la persona designada hable con el doctor sobre la salud de mi hijo.*

3. Mi hijo está cubierto por un seguro médico

SÍ

NO

**Si su hijo necesita seguro médico, llame a Healthy CPS al 773-553-KIDS (5437)**

Este formulario **NO** es lo mismo que un “**Plan de atención**” (que contiene instrucciones detalladas de atención médica para proteger a su hijo). Si su hijo tiene una condición de salud que necesite atención médica en la escuela, por favor obtenga documentación médica de su médico y preséntela a la escuela, y haga una cita con su enfermera escolar. Rellene un formulario del plan de cuidado médico (Medical Plan of Care Form) en la página web: [www.cps.edu/oshw](http://www.cps.edu/oshw) (o pídaselo a la enfermera escolar), y devuélvalo a la escuela. **Si su hijo tiene una condición médica, por favor haga una cita con la enfermera escolar.**

Nombre del padre (Con letra imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR DEVUELVA EL FORMULARIO A LA ENFERMERA ESCOLAR**

**SI EL ESTUDIANTE TIENE UNA CONDICIÓN DE SALUD, LOS PADRES DEBEN HACER UNA CITA CON LA ENFERMERA ESCOLAR**

**SOLO PARA LAS ENFERMERAS**

Reviewed by:

Date and Initial \_\_\_\_\_